علم نفس

سيكولوجية المقامر

تأليف: أكرم زيدان
الناشر: مطابع السياسة – الكويت – المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، 2005م

عرض: وليد أحمد المصري*

الدكتور أكرم زيدان مدرس في قسم علم النفس بكلية الآداب، جامعة المنصورة ومن المتخصصين المتميزين في علم النفس الإكلينيكي والصحة النفسية، ويعدّ كتابه الذي نشر في سلسلة عالم المعرفة من الكتب المتميزة جداً والنادرة في المكتبة العربية، وذلك للأسباب التالية:

1 – النقص الكبير الذي تعانيه المكتبة العربية في سيكولوجية المقامر على الرغم من اهتمام الغرب بدراسة المقامرة وسيكولوجية المقامر؛ ففي حدود علمنا لا يوجد كتاب عربي واحد يناقش ظاهرة القمار، لذلك فالمكتبة العربية بحاجة ماسة إلى كتاب يناقش هذه الظاهرة من جميع النواحي النفسية، والاقتصادية والاجتماعية.

2 – لأن هذا الكتاب تناول المشكلة بأسلوب علمي قائم على البحث العلمي، وحاول معرفة بعض الجوانب والديناميات النفسية للمقامر المرضي من خلال تناول الظاهرة تاريخياً، وعرض النظريات السيكولوجية الخاصة بالمقامرة وصولاً إلى علاج المقامرة المرضية من خلال أنسب طرق العلاج النفسي.

3 – لأن موضوعات الكتاب تعد انعكاساً مباشراً لجهود العلماء والمتخصصين في علم النفس الإكلينيكي والصحة النفسية، إنهم اعتبروا هذه الظاهرة مركبة تتداخل فيها العديد من العوامل النفسية، والاجتماعية، والاقتصادية، والتربوية،

* أستاذ مساعد علم النفس التربوي، كلية المعلمين، الرس، المملكة العربية السعودية.

والدينية، والقانونية، والسياسية، وكذلك اتصالها بعلم الأمراض والإدمان ناهيك عن التنوع والصعوبة في تعريفات المقامرة ذاتها.

4 – إنه يساعد المتخصصين في الصحة النفسية وعلم النفس الإكلينيكي والطب النفسي والخدمة الاجتماعية، والإرشاد النفسي على فهم هذه الظاهرة المعقدة والغوص فيها ومعرفة تفصيلاتها وتقديم العلاج المناسب لها.

5 – إنه أول كتاب باللغة العربية يتناول سيكولوجية المقامر، ليس بوصف المقامرة جريمة تتطلب العقاب وإنما بوصفه مرضاً يستحق العلاج.

6 – إنه في دراسته لظاهرة المقامرة لم يقتصر، على رصد هذه المشكلة فقط، بل تناولها بالتفسير والتحليل والنظر بعمق إلى الديناميات النفسية للمقامر من أجل التشخيص ورسم لوحة إكلينيكية للمقامر المرضي، واللجوء إلى أفضل طرق للعلاج النفسي.

يحتوي هذا الكتاب الفصول التالية:

- الفصل الأول: المقامرة: نظرة تاريخية.
- الفصل الثاني: مفاهيم المقامرة والمقامرة المرضية.
- الفصل الثالث: المنهج.
- الفصل الرابع: نظريات المقامرة.
- الفصل الخامس: أسباب المقامرة.
- الفصل السادس: سلوك المخاطرة لدى المقامرين.
- الفصل السابع: الغرائز الجزئية لدى المقامرين.
- الفصل الثامن: اضطرابات الشخصية لدى المقامر المرضي.
- الفصل التاسع: إدمان المقامرة – هل المقامرة إدمان؟
- الفصل العاشر: العلاج النفسي للمقامرة المرضية.
- الفصل الحادي عشر: دراسة الحالات.

تناول الفصل الأول المقامرة من منظور تاريخي؛ حيث ربط المقامرة في المجتمعات البدائية بالسحر والأرواح الشريرة والرعب والخوف من المجهول والاعتقاد بالقوى الخارقة وبما وراء الطبيعة.

لقد وجدت قطعة نرد في الحضارة المصرية القديمة في أحد قبور الفراعنة المصريين يعود تاريخها إلى 3 آلاف سنة قبل الميلاد، وفي الحضارة الرومانية القديمة يذكر المؤرخون الموثوق بهم حكايات طريفة ومذهلة، عن قبائل الجرمان الأوائل الذين كانوا يراهنون على زوجاتهم وأطفالهم وحتى على أنفسهم والخسارة تؤدي إلى الرق والعبودية.

لقد كانت المقامرة موجودة في اليونان ولم تعدّ ممارسة محترمة، حتى إن أرسطو في كتابه «الأخلاق» صنف المقامرين في طبقة اللصوص وقطاع الطرق.

لقد أكد الباحث أن معظم الحضارات تنظر إلى المقامرة على أنها إدمان، فالقانون الروماني القديم يرى أن المدمن الحقيقي هو الشخص المقامر المدين؛ وذلك لأنه غير قادر على إعادة ما استدانه، فيؤدي به إلى المحكمة ويُسْتَعْبَد، فيعلن القاضي بعبارة واحدة: «المدمن أصبح عبداً لدائنه».

وتابع المؤلف عرضه بأن «ريتشارد قلب الأسد» حرَّم المقامرة في أثناء الحملات الصليبية على المشرق، وفي القرن السابع عشر نظر إلى المقامرة على أنها رذيلة كبرى حتى ولو كانت رهاناً بسيطاً. ومن بين الروائع الأدبية تقفز رواية «المقامر» لديستوفسكي عام 1866 التي تعكس تاريخ كل مريض مقامر وحياته، وفيها يؤكد أن النقطة الأساسية هي اللعبة بحد ذاتها: «أقسم أني لست طامعاً في مال على الرغم من حاجتي إليه».

وفي عام 1819 كان المهتمون بدراسة المقامرة يدركون أنها سلوك قهري يدخل ضمن الإدمان والمرض النفسي الخطير.

ومن الفترة من 1820–1830 كانت هناك ثورة عارمة ضد المقامرة تزعمها الطبيب «تشارلز كالدويل»؛ حيث دعا إلى اعتبار المقامرة كبرى الرذائل التي تجعل الفرد مجنوناً ومريضاً.

وفي الفترة من 1840–1850 جاء «وليام الكوت» و«هنري وارد» ليحددا بعداً آخر يرتبط بالمقامرة، وهو الجريمة.

وفي عام 1930 انتشرت الدعاوى بشرعية ترخيص المقامرة في الولايات المتحدة الأمريكية، فبدأت 21 ولاية أمريكية في فتح نوادي المقامرة.

وفي الآونة الأخيرة بدأت دراسات المقامرة تهتم بالعوامل النفسية والشخصية بدلاً من الاهتمام بالعوامل الاجتماعية والاقتصادية التي كانت تحتل مركز الصدارة

منذ بداية الأبحاث العلمية الجادة، وبدأت تظهر المنظمات العالمية لدراسة سلوك المقامرة.

أما **الفصل الثاني** فركز على دراسة مفهوم المقامرة وتحديدها التي ظهرت في التسعينيات، وتحدث الباحث عن أنواع المقامرة بدءاً بالمقامرة المرضية، والمرضية الكامنة، والمرضية المحتملة، والمقامرة القهرية، والمقامر المشكل، وإدمان المقامرة، والمقامرة المعرضة للخطر، والمقامرة الاجتماعية، والمقامرة المضطربة. لقد أدرج الباحث كل هذه المفاهيم تحت مفهوم المقامرة المرضية Pathological gambling باستثناء المقامرة الاجتماعية التي تتسم بخاصية الجبر والإلزام والقهر؛ فهي بهذا الشكل تتصف بالإدمان. وهذا ما أكدته الجمعية الأمريكية للطب النفسي بإدراج المقامرة المرضية ضمن قائمة الإدمان. وهو ما يبدو في إصدارها الخاص بالدليل التشخيصي الإحصائي الرابع DSM-1؛ فقد يشعر المقامر بالتوتر الشديد في حال التوقف عن اللعب بغض النظر عن المكسب والخسارة، وبعض الناس يقامرون من أجل الهروب من المشكلات واضطرابات الحالة المزاجية.

كما تطرق الباحث إلى أغراض المقامرة من منظور «روزينتال»، وهي:

- عدم القدرة على التوقف عن اللعب والمراهنة بغض النظر عن المكسب.
- التفكير غير العقلاني والشعور بالذنب والرغبة في المخاطرة.
- الانسحاب من المجتمع في حالة التوقف عن المقامرة.

وخصص المؤلف الفصل الثالث لدراسة المنهج، وشدد على أن هناك منهجين:

1 – المنهج التجريبي: ويستهدف الفروق الفردية وتحديد مكان المفحوص بالنسبة للآخرين.

2 – المنهج الإكلينيكي: ويهدف إلى فهم المفحوص، ويتيح هذا الاتجاه تناول مشكلات يقف أمامها المنهج التجريبي عاجزاً، فهو يدرس بشكل عميق الحالة الفردية، ولا يقتصر ذلك على المرضى دون الأسوياء، بل يشمل جميع الحالات من دون استثناء، وينتهي من ذلك إلى تشخيص حالي وتشخيص للتطور المقبل وتحديد الطرائق التي يكون عليها العلاج. والمنهج الإكلينيكي هو الدراسة العميقة للحالة الفردية عن طريق المقابلات الشخصية الطليقة التي تستعين بالاختبارات الإسقاطية وفنيات التحليل النفسي، وشدد الباحث على الحاجة إلى المنهج الإكلينيكي إلى جانب المنهج التجريبي من أجل تعرف الديناميات النفسية للمقامر المرضي من

حيث التحليل والتفسير والفهم من خلال المقابلات الإكلينيكية والاختبارات ذات المحتوى الكيفي التي أصبحت على وعي تام بمشكلات الثبات والصدق.

أما **الفصل الرابع** فقد خصص للحديث عن النظريات التي تفسر ظاهرة المقامرة؛ فهناك النظريات النفسية التي تم التركيز عليها دون النظريات الأخرى، فنظرية التحليل النفسي للمقامرة تنصب على عاملين أساسيين، هما إشباع الدوافع الغريزية ومراحل النمو المبكرة وبخاصة الصراع الأوديبي الذي يمثل نقطة الحسم في الديناميات النفسية لسلوك المقامرة. كما أكد الباحث وجهة نظر (ماز) التي تتحدث عن أن المقامرين في طفولتهم يختلفون عن باقي الأطفال من حيث ثلاثة عوامل:

1 - صدمة الثدي.

2 - عقدة سيكوندس.

3 - مرحلة الاختبار الأخلاقي.

ثم تطرق الباحث إلى نظرية العوامل الشخصية للمقامرة من حيث دراسة الخصائص الشخصية التي ترى أنها تؤثر في البناء النفسي للفرد فتدفعه إلى سلوك المقامرة، فتحدثت النظرية عن الاكتئاب والشخصية المضادة للمجتمع والقلق والخضوع والسيطرة والشخصية النرجسية.

لقد حدد «مكورمك وتاير» خمس خصائص شخصية ترتبط بالمقامرة المرضية هي:

1 - الميول والاتجاهات الوسواسية القهرية.

2 - العامل المزاجي.

3 - الشعور بوجود صدمات وضغوط حياتية.

4 - العامل الاجتماعي.

5 - مشكلات الإدمان والشعور بالإساءة.

ومن النظريات النفسية الأخرى التي تم التركيز عليها نظرية الفعل السببي للمقامرة، التي تركز على دراسة متغيرات القصد والنية، وكذلك نظرية التقلب للمقامرة التي تفسر سلوك المقامرة بوصفها إثارة يمكن تفسيرها ضمن حالتين:

1 - الهدف.

2 - محاذاة الهدف.

وأخيراً النظرية المعرفية السلوكية للمقامرة التي تركز على الدور الذي تؤديه العمليات المعرفية في اكتساب سلوك المقامرة، وطبقاً لهذه النظرية فإن سلوك المقامرة يكتسب من خلال الميكانزمات التقليدية الموجودة في الإشراط الكلاسيكي. ثم انتقل الباحث إلى الحديث عن النظريات الاجتماعية للمقامرة، ومنها النظرية الاجتماعية الاقتصادية التي ترى المقامرة وسيلة لتحقيق ثروة ضخمة أو وسيلة من وسائل التسلية والترفيه؛ فهي نشاط استهلاكي يهدف إلى تحقيق كل ما هو نافع ومفيد للمقامر، وهناك النظرية الإنثروبولوجية التي ترى أن المقامرة عملية يتعلمها الإنسان من البيئة المحيطة، وبخاصة عندما تهدد هذه البيئة مصالحه ورغباته. لقد ازدادت المقامرة في العصر الحديث شكلاً ومضموناً نظراً إلى تعقد الحياة الاجتماعية وزيادة أعباء البيئة والتحديات الاجتماعية التي يواجهها الفرد.

وهناك النظريات البيولوجية التي ترى أن المقامرة هي مجموعة من الاستعدادات الفسيولوجية والعوامل الوراثية التي تدفع الفرد لسلوك المقامرة. وشدد الباحث على وجهة نظر «ليسير وروزينيثال» التي ترى أن هناك ثلاثة نماذج بيولوجية أساسية هي:

1 – النموذج الذي يعتمد على رسم المخ EEG.

2 – النموذج الخاص بمعدلات أندروفين البلازما، وهو نموذج يرتبط بالإثارة.

3 – نموذج عدم التوازن الكيميائي في المخ.

وأخيراً، أنهى الباحث حديثه عن النظريات الطبية التي ترى المقامرة ظاهرة مرضية وليست مجرد عرض أو زملة أعراض لاضطرابات الشخصية، تنتزع إرادة الفرد. وأكد الباحث أن النموذج الطبي أداة جيدة لقياس المقامرة وتصنيفها بالإضافة إلى أنه وسيلة علاجية أيضاً.

وتحدث الباحث في **الفصل الخامس** عن أسباب المقامرة من منظور المقامرين؛ حيث أكد غالبيتهم الأسباب التالية: الرغبة في الفوز بثروة كبيرة، والتسلية والمتعة والتشويق والإثارة، والتغلب على الاضطرابات الوجدانية والمسايرة الاجتماعية والاندماج في وسط اجتماعي، وقد يقامر الإنسان للتخلص من الشعور بالملل واليأس والهروب من المشكلات الشخصية والأسرية والضغوط النفسية الناجمة عنها، وقد يقامر البعض للحصول على الهيبة والمكانة والشعور بتقدير الذات والاعتراف من قبل الآخرين بأنه الأفضل.

وتطرق الباحث في **الفصل السادس** إلى الحديث عن سلوك المخاطرة لدى المقامرين، ويعود الفضل إلى علم النفس في ظهور هذا المفهوم لكن دراسته تشمل جميع العلوم. وسلوك المخاطرة هو السلوك الذي يضع المقامرين موضع الخطر ويعرض حياتهم للتهديد، وهو أحد جوانب السلوك الناتجة من الاختلال الوظيفي الذي يرتبط بالغذاء والسقم والاعتلال.

وسلوك المخاطرة سلوك إرادي نتائجه السلبية محددة ومعروفة مسبقاً من حيث ارتباطه بالغذاء، وهي فعل عقلاني يحقق به المقامر حاجة أساسية له هي الإثارة والتشويق، وتلك الحاجة يصعب تحقيقها من خلال الأساليب السوية العادية.

كما أن سلوك المخاطرة يؤدي إلى الإثارة التي تعمل على إحداث تغييرات جسمية تتمثل في زيادة ضربات القلب وزيادة إفراز العرق، وارتفاع ضغط الدم، وهذا ما يفسر لنا رعشات النشوة لدى المقامر في أثناء الفوز.

ثم تابع الباحث حديثه عن سلوك المخاطرة من منظور «ستيجبور» الذي يؤكد أن سلوك المخاطرة يزداد إذا كانت المقامرة قد وصلت إلى درجة الإدمان، كما يحدد «درايفوس» بعض الخصائص العامة للأفراد المفرطين في سلوك المخاطرة، وهي انخفاض في التحصيل، وضعف في المهارات الاجتماعية العامة، ونقص في التدعيم الوالدي، وانخفاض المقاومة، والاكتئاب والتوتر.

إن هناك علاقة من منظور «ليجوكس» بين المقامرة المرضية وإدمان الكحول، ليست مجرد علاقة شكلية تفرضها ظروف اللعب في نوادي المقامرة وإنما هي علاقة ديناميكية تتضح في ثلاثة أمور:

1 – الإثارة والبحث عن الإثارة.

2 – الاندفاعية وسلوك المخاطرة والرغبة في التخفف من الإثارة والمخاطرة.

وختم الباحث حديثه عن إجراء مقارنة بين المخاطر العادي والمخاطر المقامر، وأكد أن المخاطر العادي يخاطر بشيء من العقل أما المخاطر المقامر فإنه يخاطر بجنون واندفاعية، والمخاطر العادي يفعل ذلك تحت تأثير الضغوط والشعور بالتوتر والألم أما المخاطر المقامر فقد يشعر بالألم أيضاً ولكنه ألم بلذة، أو ما يعرف باشتهاء المثير.

وتحدث المؤلف في **الفصل السابع** عن الغرائز الجزئية عند المقامر، التي تعني في التحليل النفسي الغرائز المندرجة أو التي تندرج في غيرها، أما فرويد فيرجع

الغريزة الجنسية إلى عدد من العناصر التكوينية يطلق عليها الغرائز الجزئية التي تتمثل في الاستعراضية والنظارية والسادية والمازوخية، كما تعني الغرائز الجزئية من منظور المقامرة: العدوان والتحكم والتسلط والعنف والحط من قيمة الآخرين والتلذذ بالألم، وهو ما نعني به «السادية».

كما ناقش الباحث الاستعراضية لدى المقامر المرضي التي لا تقف عند حدود الجنس بل تشمل جوانب كثيرة تتمثل في الإثارة وجذب الانتباه وتأكيد الذات والمخاطرة والاندفاع والشعور بالقوة والسيطرة والقدرة على التحكم في الموضوعات، كما ناقش النظارية لدى المقامر، وهي ليست مجرد رؤية بل هي إدراك حسي يعمل على إعطاء الرؤية معاني لا حدود لها تشمل الانفعال والعاطفة والوجدان والنية والوقوف على أعتاب العقل والرغبة في كشف السر وهتك الحجاب وفك الرموز.

كما أن السادية لدى المقامر تعبر عن الانفصال والتفكك والتنافر وعدم الانسجام مع الآخرين، بل إن من شأنها أن تحدث ضرباً في الانقسام في الذات أيضاً.

والمقامر المازوخي يعيش حالة من انقسام الذات حيث يصبح القاضي والجلاد معاً ضد ذاته، وهو يتلذذ بعذاب ذاته؛ لأن ذلك يخفف من ألم الشعور بالذنب، إنه يتعذب بالمقامرة ويتعذب أكثر كلما أخلص لها أو تخلص منها. وأنهى المؤلف حديثه عن أسباب المازوخية فأشار إلى الفشل المتكرر في الفوز أثناء المقامرة، وإهمال الحياة الأسرية والوظيفة بشكل كبير، وعدم قدرة المقامر على التوقف عن المقامرة، واضطراب العلاقة بالآخرين وتدهور المهارات الاجتماعية.

وتناول **الفصل الثامن** اضطرابات الشخصية لدى المقامر المرضي؛ حيث بدأ العلماء في الآونة الأخيرة يدركون أن هناك علاقة بين اضطرابات الشخصية وسلوك المقامرة المرضية، وبدأ الحديث عن اضطرابات المزاج وشخصية المقامر المضادة للمجتمع والقلق والانتحار والعصابية والعدوانية والحيل الدفاعية التي يستخدمها المقامر.

ثم تابع الباحث حديثه عن اضطرابات التحكم في الدفعة، والمقامرة المرضية اضطرابات تتكون من نوبات عديدة ومتكررة من المقامرة تتحكم في حياة الشخص على حساب القيم والمعايير الاجتماعية والمهنية والمادية والأسرية، وتتفق غالبية الباحثين على أن المقامرة المرضية هي اضطرابات في التحكم في الدفعة، وهو ما

يعني الفشل في مقاومة الدفعة أو الدافع أو الرغبة وغواية المثير، ويشير الباحث إلى أن اضطرابات التحكم في الدفعة تشمل العديد من السلوكيات مثل إشعال الحرائق المرضي أو هوس إشعال الحريق، وهوس السرقة أو السرقة المرضية وهوس نزع الشعر، أو نتف الشعر والإدمان، ثم عرج الباحث إلى اضطرابات المزاج، حيث ربط المقامرة المرضية بمجموعة من اضطرابات المزاج تشمل الاكتئاب وما ينتج عنه من الانطواء والوجدانيات السلبية بجانب الهوس الخفيف وتقلب المزاج، وقد أوضحت الملاحظات الإكلينيكية للمقامرة المرضية أن هذه الاضطرابات تؤدي إلى اضطرابات نفسية أخرى أكثر خطورة مثل الإدمان والانتحار والقلق والتوتر النفسي وفقدان القدرة على التحكم.

وطرح الباحث في **الفصل التاسع** تساؤلاً: هل المقامرة إدمان؟

لقد اعتبر المقامرة في البداية مسألة تعلم أكثر منها مسألة إدمان، وتطرق المؤلف إلى مراحل إدمان المقامرة من منظور «جاكوب» وهي: 1 – مرحلة الاكتشاف، 2 – مرحلة التغيير، 3 – مرحلة الاستنزاف.

وعرض لوجهة نظر «روتر» في الإدمان، فوجد أن المقامرة المرضية تتطابق مع الإدمان إلى درجة كبيرة؛ فالمقامرة المرضية تمثل بالنسبة إلى المقامر «المثير»، واللعب والرهان يمثلان له «الاستجابة»، وهي استجابة غالباً ما تكون مصحوبة بالتشوق والمتعة والإثارة ولذة الانتصار على الخصم والإحساس بالتفوق.

كما أوضحت الدراسات العديدة التي أجريت على السمات الشخصية للمقامرين والمدمنين أن لهم بعض السمات الشخصية المشتركة، أهمها: السلوك المضاد للمجتمع، وعدم القدرة على الكف السلوكي للأفعال الضارة.

إن هناك دراسات ترى أن المقامرة تؤدي إلى الإدمان؛ فنسبة إدمان المخدرات بين المقامرين المرضيين تراوح بين 25% و 63%، وتشير بعض الدراسات الأخرى إلى أن النسبة تراوح ما بين 9% و 30%.

ثم أنهى الباحث هذا الفصل بالحديث عن رأي الدين في المقامرة.

أما **الفصل العاشر** فكرسه الباحث للعلاج النفسي للمقامرة المرضية، وتحدث عن أن المجتمعات الغربية تنظر إلى المقامر على أنه «مريض» يجب علاجه، وهذا دفع العلماء المتخصصين إلى الدراسات العلمية، وتصميم البرامج العلاجية للمقامرين، بل إلى إنشاء المؤسسات والمستشفيات العلاجية الخاصة بالمقامرة.

إن هناك طرقاً علاجية مختلفة؛ فمنها العلاج السيكوديناميي (التحليلي) الذي يشير إلى أن توقف المقامر عن سلوك المقامرة قد يجعله أكثر اكتئاباً مما يدفعه إلى تبني سلوكيات أخرى يدمر بها ذاته، لذلك لا بد أن ينصب العلاج على الدوافع اللاشعورية الكامنة، ومساعدة المقامر المرضي على فهم هذه الدوافع حتى يتسنى للمعالج إزالة الأعراض المرضية لديه. ويرى المؤلف وكثير من الإكلينيكيين أن العلاج التحليلي فعال ومفيد لكثير من الاضطرابات وبخاصة تلك التي تتصل بالطابع النرجسي والمازوخي للمقامرين، ثم عرض الباحث إلى أن العلاج بالتحليل النفسي يقوم على فنيتين أساسيتين، هما: 1 - الطرح. 2 - المقاومة.

ثم تناول الحديث العلاج السلوكي للمقامرة المرضية التي يعدها سلوكاً متعلماً يمكن القضاء عليه من خلال البيئة المحيطة بالمقامر، وتعديل سلوكياته عن طريق الإشراط الكلاسيكي، ويتم ذلك بأساليب متنوعة كالعلاج بالنفور، والعلاج بالمعنى، والعلاج بالتنويم، والتدعيم المتبادل، والعلاج عن طريق أسلوب الضبط الذاتي، والعلاج بالإشباع.

ثم تحدث عن العلاج المعرفي الذي يرتكز على فنيتين أساسيتين:

1 - القصد بالنقيض.

2 - تحويل الانتباه.

ثم عرج إلى المحاور الأربعة لهذا الأسلوب من منظور «لادوسير»:

1 - فهم العشوائية.

2 - فهم المعتقدات الخاطئة.

3 - الوعي بالمدركات غير الدقيقة.

4 - التصحيح المعرفي للمدركات الخاطئة.

ثم شرح المؤلف البرامج العلاجية للمقامرة المرضية والعلاج النفسي الجماعي للمقامر، ويرى الباحث أن «سلافسون» يشير إلى تنوع أشكال العلاج الجماعي، ويرجع ذلك إلى اختلاف المدارس السيكولوجية، واختلاف معتقداتها حول طبيعة السلوك الإنساني في السوية والمرضية، وأشار «سلافسون» إلى العلاج النفسي الجماعي للمقامرة، ويتألف من: 1 - العلاج الجماعي النشط، 2 - العلاج الجماعي التحليلي، 3 - العلاج الجماعي الموجه.

ثم عرض الباحث لديناميات العلاج النفسي الجماعي وفنياته ومدى فاعليته، ثم أنهى حديثه متطرقاً لوجهة نظر «فرانكلين، وريتشاردسون»، التي تؤكد ضرورة وضع بعض المقاييس التي توضح مدى فاعلية العلاج للمقامرة المرضية.

أما **الفصل الأخير** فخصصه الباحث لدراسات الحالة من خلال المقابلات ذات رؤوس الموضوعات الهادفة التي تشمل الشكوى الحالية، الأسرة واتجاه المفحوص منها، الطفولة، التعليم، العمل، الإقامة، الحوادث، الأمراض، الحقل الجنسي، الموقف من الحياة والأحلام وتفسيرها.

لا شك في أن هذا الكتاب من الكتب المتميزة؛ كونه أول كتاب باللغة العربية يتحدث عن سيكولوجية المقامرة، ولم يهتم فقط بالتفسير والتحليل والنظر بعمق إلى العامل الدينامي للمقامر، بل تعداه ذلك إلى التشخيص والتنبؤ ووضع الاستراتيجيات العلاجية اللازمة.

إنه كتاب جيد يقدم إجابات كافية لكثير من المشكلات التي تؤرق الطبيب النفسي والمعالج النفسي، ورجل القضاء والعاملين في الإرشاد النفسي بهدف علاج هذا المرض الاجتماعي الخطير الذي يعصف بالأسرة والمجتمع، ويستحق بتصورنا أن نقف عنده نقلب صفحاته، ونغوص فيها علّنا نجد إجابات شافية وكافية لكثير من المشكلات التي تؤرقنا.